

Врачебное дело

«ЗДОРОВ'Я»

ЛІКАРСЬКА СПРАВА



9 '92

И. В. РЕДЧИЦ, проф. Е. Е. ПЕТРОВ, И. П. КАТЕРИНЧУК

**НЕКОТОРЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН
(обзор литературы)**

Кафедры пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. И. В. Редчиц)
и госпитальной терапии (зав. — доц. И. П. Катеринчук) Полтавского
медицинского стоматологического института

Язвенная болезнь (ЯБ) — хроническое рецидивирующее заболевание, имеющее в своей основе воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (в большинстве случаев инфекционного происхождения), протекающее с ухудшением ее кровоснабжения и нарушением физиологической регенерации эпителия [5].

В настоящее время ЯБ является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов [1, 2]. В США ежегодно регистрируется 350 000 новых случаев заболевания, 100 000 больных ежегодно подвергаются оперативному лечению, а 6000 человек умирают от развития осложнений [33].

В СНГ заболеваемость ЯБ составляет в среднем 5,1—5,7 случая на 1000 населения [1]. При ЯБ отмечается наибольший процент инвалидности и потери трудоспособности. Заболеваемость ЯБ составляет 1,1—1,3 случая и 19,5—26,5 дня на 100 работающих [7].

По данным отечественных и зарубежных авторов, это заболевание чаще всего наблюдается у мужчин [3, 21, 35] и в среднем составляет 4:1 по отношению к женщинам. Они указывают, что ЯБ реже встречается у женщин молодого возраста, и ее частота увеличивается в климактерическом периоде. Половые различия более отчетливо прослеживаются у пациентов с локализацией процесса в двенадцатиперстной кишке. У больных ЯБ желудка выраженность указанных различий значительно меньше. В последние годы наблюдается рост заболеваемости ЯБ у женщин [24, 28].

Разноречивы мнения относительно этиологических факторов ЯБ у женщин. По мнению Н. В. Эльштейна [23], этот рост обусловлен прежде всего увеличением стрессовых влияний, возрастающей частотой семейной неустроенности женщин, их социальной активностью. Б. Н. Куртяну, А. А. Шептулин [9] считают, что значение нервно-психических факторов в происхождении ЯБ у женщин является более высоким, чем у мужчин. В качестве причин подобного явления предполагаются и другие факторы: все более широкое распространение среди женщин вредных привычек (например, курения), наследственная отягощенность, применение лекарственных средств, обладающих ulcerogennym действием [9,24,28,29,31].

Относительно развития ЯБ у женщин Е. И.-Кальченко [8] придает значение таким факторам, как аноргазмия, производственные вредности (шум, вибрация), нарушение питания, сна, низкая

двигательная активность и отсутствие занятий физической культурой.

Среди причин развития заболевания у женщин важное значение придается нарушению гормональной функции яичников. Так, по данным М. А. Виноградовой [3] и А. М. Савранова [18], у женщин детородного возраста (до- 45 лет) наблюдаются различные нарушения гормональной активности половых желез. Ими установлено снижение функции желтого тела, избыточное выделение эстрогенов, уменьшение выработки прегнандиола во время менструального цикла.

Л. А. Положенковой [16] подтверждено, что эстрогены, являясь анаболическими гормонами, выполняют защитную функцию в организме, повышают интенсивность регенераторных процессов в тканях пищеварительного канала, улучшая кровоснабжение гастродуоденальной области. Приведенная точка зрения подтверждается и высокой частотой сопутствующих заболеваний яичников у женщин, страдающих ЯБ [2]. В климактерическом периоде гормональная перестройка организма может оказывать неблагоприятное влияние на возникновение и течение ЯБ [10, 25, 30].

По данным В. Ф. Орловского и В. Н. Медведева [14], изучавших концентрацию гонадотропных гормонов гипофиза и половых стероидных гормонов, у женщин детородного возраста при обострении ЯБ двенадцатиперстной кишки повышалась концентрация пролактина, эстрадиола и тестостерона. Содержание прогестерона значительно снижалось в лютеиновую фазу. У женщин, находившихся в менопаузе, при обострении ЯБ наблюдалось повышение концентрации фолликулостимулина (ФСГ), пролактина, лютеотропина (ЛГ) и тестостерона. Уровень эстрадиола был резко сниженным как по сравнению с контролем (женщины соответствующего возраста без заболеваний органов пищеварения), так и с показателем в первой группе (женщины с ЯБ детородного возраста).

Увеличение концентрации гипофизарных гормонов в крови больных ЯБ некоторые авторы [19, 20] объясняют как повышенную функциональную готовность гипофиза с усилением ее секреторной реакции на стрессовое воздействие. Установлена обратная зависимость между концентрацией пролактина в крови и кислотной продукцией желудка, что рассматривается как защитно-приспособительный механизм при гиперсекреторном синдроме [12]. О защитном действии пролактина свидетельствует его способность активно стимулировать регенерацию и синтез дезоксирибонуклеиновой кислоты. В отличие от этого, тестостерон отрицательно влияет на трофику слизистой оболочки пищеварительного канала [11].

В. Ф. Орловский и В. Н. Медведев [14] полагают, что гиперсекреторное действие ФСГ в сочетании с повышением концентрации тестостерона в крови обеих групп женщин, страдающих ЯБ, обуславливает более торпидное течение обострений и увеличение их частоты у женщин, находящихся в менопаузе. Этому способствует и выявленное снижение уровня таких защитных для слизистой пищеварительного канала гормонов, как эстрадиол и прогестерон.

По характеру и происхождению гормональной дисфункции Э. Н. Праздников [17] выделяет три

вида дисгормональной формы ЯБ: дисфункциональную, инволюционную и посткастрационную (ятрогенную). Дисфункциональная форма обусловлена функциональными нарушениями в гипофизарно-гипоталамической системе. Инволюционная форма связана с возрастными инволюционными изменениями в организме женщин, гормональной перестройкой в климактерический и постменопаузальный периоды: Посткастрационная форма обусловлена ятрогенными факторами (гинекологическими операциями). Вместе с тем некоторые авторы [6] полностью отвергают роль гормональных факторов в этиологии и патогенезе ЯБ у женщин.

В развитии метаболических нарушений в тканевых структурах слизистой оболочки желудка большое значение имеет функциональная инертность антиоксидантной системы. Включение антиоксидантов в комплексную терапию способствует быстрейшему выздоровлению больных [22].

В последние годы все большее значение в возникновении ЯБ, в том числе и у женщин, придается выявлению *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [4]. В. Ф. Орловский, В. Н. Медведев и Ю. А. Кривохацкая [13] выявляли *H. pylori* у 30 из 40 женщин, страдающих ЯБ двенадцатиперстной кишки. Частота выявления *H. pylori* повышалась пропорционально выраженности антрального гастрита. Установлена также прямая зависимость между количеством *H. pylori* и степенью отека, инфильтрации слизистой оболочки, дистрофических изменений эпителия. У больных, инфицированных *H. pylori*, с выраженным антральным гастритом клиническая картина заболевания была ярче, заболевание хуже поддавалось лечению [15].

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что развитию ЯБ у женщин способствуют многие этиологические и патогенетические факторы.

Список литературы

1. Абасов И. Т., Радбиль О. С. Язвенная болезнь.— Баку : Азернешр, 1980.— 257 с.
2. Василенко В. Х., Гребенев А. Л., Шептулин А. А. Язвенная болезнь (Современные представления о патогенезе, диагностике, лечении),— М. : Медицина, 1987.— 288 с.
3. Виноградова М. А. Некоторые особенности язвенной болезни у женщин: Автореф. дис.... канд. мед. наук.— М., 1962. —28 с.
4. Григорьев П. Я., Исаков В. А. Ц Терапевт, арх.—1991.— № 2.— С. 27—30.
5. Григорьев П. Д // Врачеб. дело.— 1991.— № 7.— С. 8—12.
6. Гриненко К. Г., Еремеев В. С., Акименко М. И. и др. // Врачеб. дело.— 1977.— № 9,—С. 74—77. 1 V
7. Дегтярева И. И., Кушнир В л Е. Язвенная болезнь.— К.: Здоровья, 1983.— 288 с.
8. Кальченко Е. И. // Сов. здравоохранение.— 1991.— № 6.—С. 46—49.
9. Куртяну Б. Н., Шептулин А. А. Язвы желудка.— Кишинев : Штиинца, 1990.—248 с.

10. Левин Г. Г. Язвенная болезнь.— М.: Медицина, 1970.— 183 с.
11. Липовский С. М. Эндокринные железы и желудок.— М.: Медицина, 1969.— 174 с.
12. Мосин В. И., Старченкова Т. Я// Эндокринные железы и болезни органов пищеварения.— Ставрополь : Кн. изд-во, 1980.—С. 109—ПО.
13. Орловский В. Ф., Медведев В. П., Кривохацкая Ю. А. // Терапевт, арх.—1989.—№ 2,— С. 33—35.
- 14.Н. Орловский В. Ф., Медведев В. П. // Врачеб. дело.— 1989.— № 8.—С. 64—66.
- 15.Орловский В. Ф., Медведев В. Н. // Терапевт. арх.— 1994.— № 2.— С. 9—12.
- 16.Положенкова Л. А. Нейрогуморальная регуляция пищеварения.— М. : Медицина, 1983,— 120 с.
- 17.Праздников Э. Н. // Конф. «Хроническое воспаление и заболевание органов пищеварения» (Харьков, 8-12 окт. 1994 г.) : Тез. докл.— Харьков, 1991.— Ч. 1.—С. 126.
- 18.Сарванов А. М. О значении стероидных гормонов в патогенезе и лечении язвенной болезни : Автореф. дис.... д-ра мед. наук.— Л., 1968.—32 с.
- 19.Смагин В. Г. Иванников И. О., Виноградов В. А. и др. // Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (Патогенез, диагностика, лечение).— М., Медицина,1981— С. 11—17.
- 20.Смагин В. Г., Виноградов В. А. // Терапевт, арх.— 1983.— № 1.— С. 442—447.
- 21.Фишзон-Рысс., Ю. И., Рысс Е. С, Гастродуоденальные язвы.— Л.: Медицина, 1978,—230 с.
- 22.Чумак П. Я., Редчиц И. В., Качура Г. А. и др. // Врачеб. дело.— 1989.— № 12.—С. 53—54. ..
- 23.Эльштейн Н. В. Общемецинские проблемы терапевтической практики—Таллин: Валгус, 1983.— 240 с.
- 24.Эльштейн Н. В., Хейнла Ю. Я., Мердна У. Б. и др. // Клин, медицина.— 1989.—№ 4.—С. 30.
- 25.Bonnevie O. // Gastroenterology.— 1977.— Vol. 73.—P. 1000—1004.
- 26.Hoffmann J., Jensen H., Schulze S. // Brit. J. Surg.—1984.— Vol. 71.—P. 582—585.
27. Kennedy T., Spencer A. // Int. Surg.— 1985.— Vol. 68.— P. 315—316.
28. Kurata J. H., Haile B. M., Elasoﬀ J. D. // Gastroenterology.— 1985.— Vol. 88.—P. 96—100.
29. Lam S. K. // Clin. Gastroent.— 1984,—Vol. 13.— P. 447—467.
30. Lam S. K. et al. // Dig. Dis. Sci.— 1985.—Vol. 30,— P. 45—51.
- 31.Richardson Ch. //Gastroduod. dis.—N. Y., 1978.— P. 875—891.
- 32.Rohner H. G., Blomer A., Gugler R. // Z. Gastroent.— 1983.— Bd. 21,— S. 585—592.
- 33.Roth H. P. // Uccup. Health. Saf.— 1980.— Vol. 49, N 6,—P. 13, 26.
- 34.Wolff G., Schneider W. // Z. arztl. Fortbild.— 1985,—Bd. 79, N 7,—S. 273—277.